

(健保組合使用欄)

ルネサス健康保険組合 御中

常務理事	事務長	主任	担当

### 任意継続被保険者 保険料返還請求書

下記理由により、既に納付しております資格喪失後の保険料を返還いただきますよう依頼申し上げます。

提出日 令和 年 月 日

記号・番号	800 -										
被保険者氏名											
住所	〒 - Tel ( ) - ( ) - ( )										
資格喪失日	令和 年 月 日										
返還理由	1. 就職のため(勤務先で健康保険の被保険者資格を取得したため)										
	2. 被保険者死亡のため										
	3. 任意継続被保険者でなくなることを申し出たため(任意喪失)										
	4. その他( )										
返還先口座名	金融機関	銀行、農・漁協								支店	
		信用金庫、信用組合、労働金庫								本店	
	銀行コード						支店コード				
	預金種目	普通 ・ 当座									
	口座番号	右詰めでご記入ください。									
口座名義	カナ										
	漢字										

(健保組合使用欄) ※記入不要

返 還 額 計 算 欄			
返 還 金 (払戻)		還 付 金	
該 当 月		該 当 月	
基本保険料	円	基本保険料	円
特定保険料	円	特定保険料	円
調整保険料	円	調整保険料	円
介護保険料	円	介護保険料	円
計	円	計	円
合 計	円		